

إشعار إعادة دفع قيمة كوبونات الطعام بسبب خطأ إداري فقط

تاریخ الإشعار :
اسم القضية :
الرقم :
اسم الموظف :
الرقم :
هاتف :
العنوان :

(ADDRESSEE)

هل لديك أي أسئلة؟ اسأل الموظف.

جلاسة السماع من قبل الولاية: إذا اعتقدت بأن هذا الإجراء غير صحيح، يمكنك طلب عقد جلاسة سماع. توضح لك المعلومات على ظهر هذه الصفحة طور هذه الصفحة طريقة الطلب. لا يجوز أن تتغير منافعك إذا طلبت عقد

تحذير: إذا اعتقدت بأن هذا الإصدار الزائد غير صحيح، هذه فرصتك الأخيرة لطلب عقد جلاسة سماع. توضح لك المعلومات على ظهر هذه الصفحة طريقة الطلب. إذا بقيت على كوبونات الطعام تستطيع الكاونتي تحصيل قيمة الإصدار الزائد عن طريق تخفيض حشك من كوبونات الطعام الشهرية. إذا توقفت عن تحصيل كوبونات الطعام قبل التمويض كاملاً عن قيمة الإصدار الزائد قد تقوم الكاونتي بتحصيل المبلغ المدين به من ضريبة الدخل المردودة لك من الحكومة الفدرالية/الولاية.

إجراءات البرنامج:

- سوف تستند دفعاتك التعويضية على مقدرتك الحالية للدفع حسب تقديرات الكاونتي. أي تغيير في مقدرتك على الدفع قد يغير دفعاتك الشهرية.
- إذا لم تقم بالتوقيع وإعادة الاتفاقية خلال 30 يوماً من تاريخ هذا الإشعار، سيتم تخفيض مبلغ كوبونات الطعام الذي ستسنته بنسبة ٠٪ ابتداءً من _____.
- إذا لم تقم بتسديد دفعات التعويض، قد تستعين الكاونتي بطرق أخرى لتحصيل المبلغ المترتب عليك مثل عن طريق المحاكم أو طرق وકالات التحصيل الأخرى أو بموجب إجراءات التحصيل من قبل الحكومة الفدرالية.
- إذا تبين في وقت لاحق أن هذا الخطأ الإداري كان خرقاً مقصوداً للبرنامج، سوف تطبق العقوبات حتى إذا وافقت على تسديد المبلغ المدين به.
- إذا لم يتم تسديد مبلغ التعويض المستحق أو رفعت دعوى ضد الأسرة، قد تخضع لرسوم معاملات إضافية أو تکاليف المحكمة.
- إذا لم تقم بتسديد المبلغ المدين به قد تصدر الكاونتي ضرائب الولاية أو الحكومة الفدرالية المردودة لك من ضرائب الدخل المقطعة / أو أن تطلب من المحكمة ربط راتبك أو أي عقار تملكه.

القواعد: تطبق هذه القواعد: MPP 63-801.22, 63-801.43, 63-801.7.
Duarte v. Saenz و Lomeli v. Saenz.
يمكنك مراجعتها في مكتب الإنعاش المحلي.

اقررت إدارة الإنعاش التابعة للكاونتي خطأً.
تم إصدار عدد كبير من كوبونات الطعام إلى:
 أسرتك.
 الأسرة التي وضعتها تحت وصايتها.
فيما يلي السبب:

استلمت الأسرة _____ دولار من كوبونات الطعام.
كان على الأسرة أن تستلم _____ دولار من كوبونات الطعام. لقد استلمت _____ دولار (كوبونات طعام إضافية) ناقص المبلغ الذي كان ينبغي أن تستلمه.

عليك دفع قيمة كوبونات الطعام الإضافية التي استلمتها.
تم إصدار _____ دولار إضافي من كوبونات الطعام للفترة . _____ تم تخفيض هذا المبلغ ب_____ دولار لأننا استلمنا دفعه معاذه كجزء من المبلغ المدين به. أنت مدين الآن بمبلغ _____ دولار.
لا يترتب عليك استعمال منافع SSIs للتعويض عن هذا الإصدار الزائد.
تتطابق الأنظمة الفدرالية منتنا أن تكون لدينا قاعدة للمساحة بأي جزء من المبلغ الذي نطالب به إذا اعتقدنا بأنك لا تملك المقدرة على إعادة المبلغ. نسامح فقط بجزء من المبلغ المطالب به إذا كان الخطأ من جانب الكاونتي. لأن الخطأ كان من جانب الكاونتي، سنقوم بتحصيل قيمة الكوبونات الإضافية بتخفيف مخصصاتك الشهرية من كوبونات الطعام بنسبة ٥٪ أو ١٠ دولار أيهما كان أكبر، لمدة لا تزيد عن ٣٦ شهراً. وفي نهاية المدة سيسامح بأي مبلغ متبقي من الإصدار الزائد ولن يحصل إصدار زائد.

عليك إما:
أن تدفع عن كوبونات الطعام الإضافية كاملاً، أو أن تكمل وتوقيع وتعيد نموذج اتفاقية التعويض المشمول ضمناً (DFA 377.7E1) وتسدد المبلغ حسب الاتفاق.

لطلب عقد جلسة سمع:

قم ببتمللة هذه الصفحة.

- اعمل نسخة عن وجه وظهر الصفحة للاحتفاظ بها في سجلاتك. إذا طلبت، سيقوم الموظف المسؤول عن قضيتك بتزويدك بنسخة عن هذه الصفحة.
- أرسل هذه الصفحة إلى:

حقوقك لعقد جلسة سمع

لكل الحق في أن تطلب عقد جلسة سمع إذا لم توافق على أي من إجراءات الكاونتي. لديك 90 يوما فقط لطلب عقد جلسة سمع. بدأت مدة الـ 90 يوما بعد أن قامت الكاونتي بإعطائك هذا الإشعار أو إرساله لك بالبريد.

إذا طلبت عقد جلسة سمع قبل اتخاذ إجراء بالنسبة لإعابة مالية أو Medi-Cal أو كوبونات طعام أو رعاية طفل:

- ستبقى إعانتك المالية أو Medi-Cal على ما هي خلال فترة الانتظار لعقد جلسة السمع.
- ستبقى خدمات رعاية طفل على ما هي خلال فترة الانتظار لعقد جلسة السمع.
- ستبقى إعانتك من كوبونات الطعام على ما هي حتى عقد جلسة السمع أو إلى انتهاء مدة الترخيص، أيهما جاء أولاً.

إذا كان قرار جلسة السمع بأئنك على حق، سوف تكون مدیننا لنا بأي مبلغ نقدي أو كوبونات طعام أو خدمات رعاية طفل حصلت عليها. لكي تطلب منا تخفيض أو إيقاف منافقك قبل عقد جلسة السمع، اشر أدناه.

نعم، يرجى تخفيض أو إيقاف: مساعدة مالية رعاية طفل

خلال فترة انتظارك لقرار جلسة السمع:
من الإنعاش للعمل (Welfare to work):

أنت غير مرغما على الاشتراك في النشاطات.

قد تستلم دفعات خدمات رعاية طفل للعمل أو النشاطات موافق عليها من قبل الكاونتي قبل صدور هذا الإشعار.

إذا أعلمتك بأن خدماتك المساعدة الأخرى سوف تتوقف، لن تحصل على المزيد من الدفعات حتى إذا ذهب إلى نشاطاتك.

إذا أعلمتك بأننا سوف ندفع عن خدماتك المساعدة الأخرى، سيتم دفعها وفقاً للمبلغ والطريقة التي ذكرناها في هذا الإشعار.

للحصول على خدمات المساعدة، عليك الذهاب للنشاط الذي طلبت منه الكاونتي الذهاب إليه.

إذا كان مبلغ خدمات المساعدة الذي تدفعه لك الكاونتي أقل من انتظارك لقرار جلسة السمع غير كافي ليتيح لك المساهمة، يمكنك التوقف عن الذهاب للنشاط.

Cal-Learn برنامج

لا يحق لك الاشتراك في برنامج Cal-Learn إذا أعلمتك بأننا لا نستطيع توفير الخدمة لك.

سوف ندفع عن خدمات برنامج Cal-Learn المساعدة فقط مقابل نشاط موافق عليه.

معلومات أخرى

أعضاء برنامج Medi-Cal للرعاية الموجهة: الإجراء المذكور في هذا الإشعار قد يوقف حصولك على الرعاية الصحية الموجهة. قد تزيد الاتصال بخدمات أعضاء برنامج تأمينك الصحي إذا كان لديك أي أسئلة.

مساندة طفل زوجة أو مساندة طبية: وكالة مساندة الأطفال المحلية سوف تساعد في تحصيل المساندة حتى إذا لم تكن تحصل على إعابة مالية. إذا كانت تقوم بتحصيل المساندة لك، سوف تواصل ذلك إلا إذا طلبت منها خطياً بالتوقف. سوف ترسل لك مبلغ المساندة المحصل حالياً إنما ستختفي بالمبانع المستحقة التي تم تحصيلها والمدين بها للكاونتي.

التخطيط العائلي: سوف يزودك مكتب الإنعاش بالمعلومات عندما تطلبها.

ملف جلسة السمع: إذا طلبت عقد جلسة سمع، سوف يقوم فرع جلسة السمع التابع للولاية (State Hearing Division) بتحضير ملف. لك الحق في مراجعة هذا الملف قبل عقد جلسة السمع والحصول على نسخة عن موقف الكاونتي المدون عن قضيتك قبل يومين من عقد الجلسة على الأقل. قد تقوم الولاية بإعطاء ملفك إلى إدارة الإنعاش وزارة الصحة والخدمات الإنسانية والزراعة الأمريكية. (W&I Code Sections 10850 and 10950).

لطلب عقد جلسة سمع:

اعمل نسخة عن وجه وظهر الصفحة للاحتفاظ بها في سجلاتك. إذا طلبت، سيقوم

الموظف المسؤول عن قضيتك بتزويدك بنسخة عن هذه الصفحة.

أرسل هذه الصفحة إلى:

أتصل بالرقم المجاني: 1-800-952-5253 أو لضعفاء اللفظ والسمع يمكن طلب خط TDD 1-800-952-8349.

للحصول على المساعدة، يمكنك طلب الإطلاع على حقوقك بالنسبة لجلسة السمع أو الإحالة للمساندة القانونية على أرقام الولاية المجانية المدرجة أعلاه. قد تحصل على مساعدة قانونية مجانية من المكتب القانوني المحلي أو فريق حقوق الإنعاش.

إذا كنت لا تزيد الذهاب لجلسة السمع بمفردك، يمكنك إحضار صديق أو أي شخص آخر معك.

طلب عقد جلسة السمع

أريد عقد جلسة سمع بسبب إجراء من قبل إدارة الإنعاش لكاونتي بخصوص:

Medi-Cal الإعابة المالية كوبونات الطعام غير ذلك (حدد):

فيما يلي السبب:

إذا احتجت لمجال إضافي، أشر هنا وأضف صفحة.

أريد أن تزورني الولاية بمترجم بدون تحميلي أي تكالفة.
(لا يجوز لصديق أو قريب أن يترجم لك خلال جلسة السمع).
لغتي وجهتي هي:

اسم الشخص الذي رفض تقديم المنافع إليه أو تغييرها أو إيقافها.

رقم الهاتف	تاريخ الولادة
------------	---------------

عنوان الشارع

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

التاريخ

التوقيع

اسم الشخص الذي قام ببتمللة هذا النموذج

رقم الهاتف

الاسم

عنوان الشارع

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

أرغب بأن يقوم الشخص المذكور اسمه أدناه بتمثيلي خلال جلسة السمع.
أمنح إذني لهذا الشخص لرؤية سجلاتي أو الذهاب إلى جلسة السمع نيابة عنني. (يمكن أن يكون هذا الشخص صديقاً أو قريباً، إنما لا يمكنه الترجمة لك).

رقم الهاتف

عنوان الشارع

المدينة

الولاية

الرمز البريدي

الاسم

عنوان الشارع